



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/11/11/2011	4-Data de Autorização 11/09/11/11/2011	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8025640	7-Data Válidade da Seria 10/03/10/12/11/2011	412377 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 10/02/02/25/31/60/20/00/00/01/02/	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ANDERSON DE SOUZA	14-1 telefone () -	15-Nome do titular do plano ROSANGELA MARIA DE SOUZA		
16-Adm. do Contrato / Responsável pelo Tratamento N	17-Nome do Profissional Solicitante DANDARA MOTA GOMES	18-Número no CRO 7692	19-UF MT	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 046774672180	22-Nome do Contratado Executante DANDARA MOTA GOMES	23-Número no CRO 7692	24-UF MT	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DANDARA MOTA GOMES	27-Número no CRO 7692	28-UF MT	29-Código CRO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15	1	1	73,00	0,00			10/11/2011		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/2011	44-1-º de Atendimento 11/11/11/11/2011	45-1-º Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 73,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11/2011
---	---	---	---